Aus der neurologischen und chirurgischen Abteilung
des St. Georgs-Krankenhauses zu Breslau.
Primärärzte: Professor Dr. Mann und Professor Dr. Most.

Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Hämatomyelie

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Ernst Güttner
approb. Arzt.

Breslau 1923.
Druck der Bergland-Druckerei, Schweidnitz.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Breslau.
1 Referent: Professor Dr. Mann, 2. Referent: Geh. Rat Wollenberg.

R. UNIV BIBLIOTHEEK LEIDEN

Unter Hämatomyelie verstehen wir Blutungen in das Rückenmark. Unter den verschiedenen Formen dieser seltenen Krankheit ist die traumatische noch die häufigste. An Hand zweier Fälle, die im St. Georgskrankenhause Breslau beobachtet wurden, wird das Krankheitsbild beschrieben.

Fall I betrifft eine 23 jährige Landarbeiterin, die am 22. VI. 22 vom beladenen Heuwagen stürzte. Im Anschluß daran traten Schmerzen in der Kreuzbeingegend und Lähmung beider Beine auf. Eine Luxation oder Fraktur der Wirbelsäule war nicht festzustellen. Es fand sich eine Paraplegie mit erhaltenen Reflexen, links schwacher Babinski, Hyperalgesie beider Oberschenkel und Füße, Stuhlverstopfung.

Die Erscheinungen bildeten sich rasch zurück; fünf Monate nach dem Unfall ist der Befund der unteren Extremitäten ohne Besonderheiten, nur wird die linke Fußspitze beim Gehen infolge von Atrophie und Funktionsausfall des m. tibialis ant leicht geschleift. Faradisch ist dieser Muskel gar nicht erregbar, galvanisch gibt er eine komplette Entartungsreaktion. Dies bleibt der Endzustand.

Im zweiten Fall handelt es sich um einen 36 jährigen Landwirt, der am 2. VII. 22 aus 3—4 m Höhe besonders auf die rechte Schulter stürzte. Zunächst traten nur Fingersteifigkeit und Beschwerden beim Treppensteigen auf. Nachdem unter zunehmenden Schmerzen das Bild einer Querschnittsläsion deutlich geworden war, fand sich am 21. VII. Lähmung der mm. intercostales, schlaffe Lähmung aller vier Extremitäten und dissoziierte Empfindungslähmung von der 3. Rippe abwärts und an der Innenseite der oberen Extremitäten, Störung der Funktion von Blase und Mastdarm und Dekubitus. Im Röntgenbild war keine Schädigung der Wirbelsäule erkennbar.

Auch hier gehen alle Erscheinungen rasch zurück, die schlaffe Lähmung wird zu einer spastischen, die Grenze der Sensibilitätsstörung rückt nach unten.

Fünf Monate nach dem Unfall ist die Sensibilität intakt, die oberen Extremitäten sind gut beweglich, nur Spreizung und Opposition der Finger ist schwach, die Beine zeigen eine leicht spastische Parese mit gesteigerten Reflexen. Dekubitus abgeheilt.

Neun Monate nach dem Unfall ist nur noch der Händeschluß nicht mehr so kräftig wie früher, bei größeren Anstrengungen treten leichte Schmerzen in den Beinen auf, sonst keine Beschwerden mehr.

Für die Seltenheit der Rückenmarksblutungen im Vergleich zu den Hirnblutungen werden die Unzulänglichkeit früherer Untersuchungsmethoden und die Querschnittsunterschiede der versorgenden Gefäße haftbar gemacht. Eine Prädisposition der Gefäße durch Arteriosklerose oder Nephritis wird abgelehnt, ebenso Abnormitäten des Markes oder der Gefäße. Es wird angenommen, daß die Art der Gewalteinwirkung oder ungünstige mechanische Momente in diesem Augenblick die Ruptur der Gefäßwand herbeiführen.

Nach Besprechungen der verschiedenartigen Traumen und der anatomischen Grundlagen wird auf die Größendifferenzen der Blutungen hingewiesen. Für den ersten der beiden vorliegenden Fälle wird eine geringe Blutung in den Kern des m. tibialis ant. im 4. Lumbal- bis 1. Sakralsegment angenommen, für den zweiten eine größere Blutung in die Vorderhörner des 6.—8. Halssegmentes.

Als typische Symptome werden motorische Ausfallserscheinungen und dissoziierte Empfindungslähmung mit Störungen von Blasen- und Mastdarmfunktion angesprochen.

Diese können plötzlich oder allmählich sofort nach dem Unfall oder nach einer Latenzzeit mit Prodromalerscheinungen auftreten wie im zweiten Fall.

Die Diagnose gründet sich auf den Nachweis eines vorangehenden Traumas und Zeichen einer Schädigung des Rückenmarks. Anderweitige traumatische Schädigungen wie Hämatorhachis, Luxationen oder Frakturen der Wirbelsäule sind ebenso auszuschließen wie entzündliche Prozesse, von denen die Myelitis acuta und Poliomyelitis ant. acuta in Betracht kommen. Dieser Nachweis wird für beide Fälle geführt.

Die Fragen der traumatischen Syringomyelie und der Kümmelschen Krankheit sowie erneuter Blutungen als Spätfolgen werden kurz berührt.

Die Prognose wird als relativ günstig bezeichnet, Quoad vitam droht die Gefahr der plötzlichen Atemlähmung, im weiteren Verlauf Pneumonie, Cystitis, Dekubitus und Septikämie. Eine restitutio ad integrum ist selten, kleinere Residuen sind gewöhnlich. Ihre Ausdehnung ist abhängig von der Zerstörung des Markes. Im allgemeinen ist im 4.—6. Monat nach dem Unfall der Endzustand erreicht, doch sind weitere Besserungen nicht ausgeschlossen.

Die Therapie ist ziemlich machtlos. Sie hat sich auf Fernhaltung sekundärer Schädigungen zu beschränken.